

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1928. — N° 9

L'AMNÉSIE FABULANTE POST-TRAUMATIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 25 Juin 1928

PAR

CHANCOGNE HENRY

né à Mercier-Lacombe (Oran) le 6 Mars 1902

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, Professeur de clinique médicale	} <i>Président.</i>
GILLOT, Professeur de clinique médicale infantile	
RAYNAUD, Professeur de clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.....	
POROT, Agrégé (médecine)	

1928

Imprimerie "La Typo-Litho"
ALGER

L'AMNÉSIE FABULANTE POST-TRAUMATIQUE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 25 Juin 1928

PAR

CHANCOGNE HENRY

né à Mercier-Lacombe (Oran) le 6 Mars 1902

MEMBRES DU JURY :

MM. ARDIN-DELTEIL, Professeur de clinique médicale	<i>Président.</i>
GILLOT, Professeur de clinique médicale infantile	} <i>Juges.</i>
RAYNAUD, Professeur de clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.....	
POROT, Agrégé (médecine)	

1928

Imprimerie "La Typo-Litho"
ALGER

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. ARDIN-DELTEIL (✳, I. ✳).
 DOYEN HONORAIRE..... HÉRAIL (✳, I. ✳).
 ASSESSEUR..... POUJOL (I. ✳).

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. ARDIN-DELTEIL (✳, I. ✳).
Clinique ophtalmologique.....	CANGE (✳, A. ✳).
Clinique médicale infantile.....	GILLOT (I. ✳).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (✳, ✳, A. ✳).
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (✳, A. ✳, ✳).
Clinique obstétricale et puériculture du 1 ^{er} âge.....	LAFFONT (✳, ✳, A. ✳).
Clinique chirurgicale infantile et d'or- thopédie.....	LOMBARD (✳, I. ✳).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (✳, ✳, I. ✳).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I. ✳).
Chimie biologique et toxicologie.....	MAILLARD (✳, ✳, I. ✳).
Hygiène, hydrologie et climatologie.....	CHASSEVANT (o. ✳, o. ✳, I. ✳).
Physiologie.....	TOURNADE (O. ✳, ✳, I. ✳).
Pharmacie.....	MUSSO (I. ✳).
Chimie minérale et organique.....	GUILLEMARD (✳, I. ✳).
Médecine légale.....	GIRAUD (✳, A. ✳, ✳).
Anatomie.....	LEBLANC (✳, ✳, I. ✳).
Microbiologie et parasitologie.....	PINOY (✳, I. ✳).
Physique médicale.....	PORTES (✳, ✳, I. ✳).
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire.....	CABANES (✳, ✳, I. ✳).
Botanique et matière médicale.....	SENEVET (✳).
Pathologie générale et pathologie médicale	AUBRY (✳, A. ✳, ✳).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. MALOSSE Théod. (I. ✳, ✳).	MM. ROUVIER (✳, I. ✳).
TRABUT (O. ✳, I. ✳, O. ✳).	HERAIL (✳, I. ✳).
ARGAUD (✳, I. ✳).	SOULIE (✳, I. ✳).
VINCENT (✳, I. ✳).	

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages- femmes.....	MM. FUSTER (✳, ✳, I. ✳).
Cours de clinique d'oto-rhino-laryngologie	H. ABOULKER (✳, ✳).

AGRÉGÉS

Chirurgie.....	{	MM. DUBOUCHER.
Médecine.....		FERRARI (I. ✳).
Physiologie.....	{	POROT (A. ✳).
Histoire naturelle méd. et parasitologie..		N...
Anatomie.....	{	HERMANN (✳).
Chimie médicale.....		N...
Obstétrique.....	{	RIBET (✳).
Histologie.....		WUNSCHENDORFF. (I. ✳).
		HOUEL. (✳, ✳).
		COURRIER (✳).

*NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni im-
 probation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être
 considérées comme propres à leurs auteurs.*



A MA MERE, A MON PERE

Faible témoignage d'infinie tendresse et de reconnaissance.

A MA SOEUR, A MON FRERE

Gage de profonde affection.

A TOUS MES PARENTS

Affectueusement.

A MON GRAND AMI

Le Docteur NICOLAS

Hommage de respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur GAILLARD

En témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur VERGOZ

Qui a bien voulu s'intéresser d'une façon toute particulière à mon éducation médicale, ne ménageant ni son temps ni sa peine. Gage d'amitié et de gratitude.

A Marcel MIRA

Licencié en droit

Au Docteur Hubert PADOVANI

Mes bien chers camarades de Faculté.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur ARDIN-DELTEIL

Doyen de la Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie
Professeur de Clinique Médicale

*Respectueux remerciements pour
l'honneur qu'il m'a fait de bien
vouloir présider cette thèse.*

A MES JUGES

Monsieur le Professeur GILLOT

Professeur de Clinique Médicale Infantile

Monsieur le Professeur RAYNAUD

Professeur de Clinique des maladies des pays chauds
et des maladies syphilitiques et cutanées

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ALGER

A Monsieur le Docteur POROT

Agrégé en Médecine
Professeur à la Faculté

Qui, après m'avoir ouvert toutes grandes les portes de sa clinique privée, m'avoir initié aux mystères de sa science ingrate, m'a inspiré le sujet de ce travail et guidé de ses conseils précieux.

Bien modeste hommage à un Maître aimé, vers lequel vont tout mon respect et toute ma reconnaissance.

Je dédie cette thèse.

INTRODUCTION

Au cours de notre séjour en qualité d'interne, à la clinique privée de M. le Professeur Agrégé Porot, notre attention a été fréquemment attirée sur la fréquence et la variété des troubles amnésiques, passagers ou chroniques, dans les affections neuro-psychiâtriques; nous avons glané, dans ce champ d'apparence restreinte et si vaste pourtant, les éléments de notre thèse et nous nous sommes plus spécialement attaché à l'étude de ces troubles de la mémoire dans les traumatismes crâniens. L'observation, surtout, d'un malade que nous avons pu suivre au jour le jour, pendant plusieurs semaines, nous a permis de relever une forme intéressante de cette amnésie, l'amnésie fabulante qui s'apparente au syndrome de Korsakoff, décrit dans les intoxications.

Nous passons d'abord en revue (chap. I) les variétés d'amnésie traumatique depuis les cas les plus simples. amnésie lacunaire banale, jusqu'à ceux plus compliqués: amnésie de fixation ou amnésie antérograde, amnésie rétrograde, amnésie élective et ceux, plus graves d'amnésie totale, soit simple, soit avec onirisme.

Nous consacrons le chapitre II à l'étude de l'amnésie fabulante post-traumatique.

Dans le chapitre III, nous relatons diverses observations recueillies par les spécialistes; et, enfin, nous

essayons d'établir, dans nos conclusions, les aspects divers que peuvent ainsi revêtir les troubles de la mémoire.

Nous résumons ces aspects cliniques dans un schéma précis et clair des amnésies traumatiques, dû encore à l'obligeance de notre Maître.

Qu'on ne veuille voir, dans ce travail, que la relation simple, sincère et sans prétention, d'un des innombrables détails de la clinique psychiatrique courante.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur les troubles de la mémoire dans les traumatismes crâniens

Nous sommes actuellement, surtout depuis la guerre, assez documentés sur les troubles psychiques consécutifs aux traumatismes crâniens. Leur étude a été bien mise au point dans de nombreuses publications. Un certain nombre de travaux d'ensemble ont permis de dégager les formules les plus habituellement rencontrées en pareilles circonstances. Citons en particulier, entre autres classiques, le chapitre consacré aux états psychiques post-traumatiques et post-commotionnels, dans le tout récent ouvrage de notre Maître, le Docteur Porot, sur les « Syndromes mentaux » (fascicule 1), livre auquel nous emprunterons beaucoup d'ailleurs, au cours de ce travail.

Il semble bien que le phénomène initial et fondamental soit constitué par un *inhibition psychique* immé-

diète, dont le coma n'est que le degré extrême, et qui se poursuivra plus ou moins longtemps, sous forme d'une *confusion mentale asthénique*, puis, d'un *état psychasthénique résiduel* plus ou moins durable. Cette inhibition des centres nerveux qui intéresse le domaine moteur, le domaine neuro-végétatif et le domaine psychique, constitue, en quelque sorte, le noyau principal dont dériveront, ultérieurement, toutes les autres séquelles, et sur lequel se grefferont tous les épisodes évolutifs, ou les surcharges secondaires qui imprimeront à chaque cas sa physionomie particulière.

Cette « *paralysie psychique* », cette « *psychoplégie* », comme l'appelait déjà Dupré, se marque à l'analyse par la lenteur et le caractère pénible des opérations intellectuelles, la difficulté de l'attention et de l'orientation et les gros troubles de la mémoire.

Ces *troubles de la mémoire*, qui nous intéressent particulièrement et sur lesquels, seuls, nous voulons retenir l'attention, peuvent se présenter de manières très diverses. Tous les degrés, tous les aspects de l'amnésie, peuvent se trouver réalisés.

Cette amnésie traumatique a fait l'objet d'études, non seulement de la part des psychiatres, mais même des psychologues purs, qui ont trouvé des matériaux intéressants pour l'édification de leurs conceptions, concernant le jeu de cette faculté. Rappelons simplement ici les noms de : Ribot, Mairé et Piéron, Renaux, Porot et Hesnard, Régis, Duret, Charon et Halberstadt, Ludovic Dugas.

« C'est dans l'étude de la mémoire qu'apparaît le triomphe de la méthode pathologique », est obligé de convenir un psychologue, Ludovic Degas.

I. — Classification des amnésies en général. —

Mais au préalable, nous croyons utile de rappeler ici comment fonctionne la mémoire et comment, des altérations diverses de son jeu, découlent les différents types d'amnésie rencontrés en clinique. Ce préambule nous paraît utile pour expliquer la terminologie un peu spéciale appliquée aux amnésies.

Nous emprunterons une partie de cet exposé à l'excellent manuel de Psychiâtrie de Roques de Fursac :

Le fonctionnement de la mémoire, dit cet auteur, comprend trois opérations :

- 1° la fixation d'un état de conscience;
- 2° la conversation;
- 3° la réviviscence, c'est-à-dire sa réapparition dans le champ de la conscience.

Ces trois opérations peuvent être troublées ensemble ou séparément. D'où trois sortes d'amnésies :

1° *Amnésie par défaut de fixation*, plus simplement *amnésie de fixation*. Le pouvoir de fixation est subordonné à la netteté des perceptions; aussi, tous les états dans lesquels les perceptions sont vagues et indécises s'accompagnent-ils d'une amnésie de fixation plus ou moins accusée (états et équivalents épileptiques — états confusionnels). Cette amnésie, concernant tout ce que le sujet a *devant* lui, dans le présent, est dite *antérograde*.

Il peut arriver aussi que, tout en les observant immédiatement, le sujet reperde presque instantanément les faits ou images qu'il a eus devant lui; il agit correctement, exécute les ordres immédiats qu'on lui donne, et, par conséquent, semble les saisir; mais, quelques heures après, ou le lendemain, il ne s'en souvient plus. Tout s'est évanoui presque sur l'heure.

Rien n'a été enregistré pour une évocation ultérieure. Cette variété d'amnésie est fréquente dans ce qu'on appelle le syndrome de Korsakoff, dont nous reparlerons plus loin.

2° *Amnésie par défaut de conservation.* — Des souvenirs antérieurement acquis et normalement enregistrés, peuvent disparaître sous l'influence de causes pathologiques. C'est l'*amnésie de conservation*. Elle est réalisée par les processus de destruction lente ou rapide du cerveau ; c'est le type des amnésies qu'on rencontre dans les démences. Comme il s'agit de faits passés pour lesquels le sujet doit se reporter *en arrière*, dans le cours de sa vie, cette amnésie est dite *rétrograde*.

3° *Amnésie par défaut de reproduction.* — Sans être complètement détruits, les souvenirs peuvent exister, mais se trouver inhibés par un processus passager, plus ou moins curable ; le pouvoir de reproduction est suspendu ; les souvenirs ne sont plus évoqués ou ne sont évoqués que lentement, difficilement et incomplètement. C'est l'*amnésie* ou la *dysmnésie dite d'évocation*, fréquente dans les états dépressifs, confusionnels, qui est aussi un type d'*amnésie rétrograde*.

En définitive, par rapport au facteur temps, il y a donc à retenir cette grosse distinction des amnésies : *antérogades* et *rétrogrades*. Mais, bien souvent, les deux coexistent ; leur association réalise ce qu'on appelle l'*amnésie rétroantérograde*.

Ajoutons, pour continuer la terminologie spéciale aux amnésies qu'on appelle *amnésie globale* ou *générale*, celle qui frappe également toutes les classes de souvenirs ; *amnésie partielle* ou *élective*, celle qui porte sur une seule classe de souvenirs (noms propres, mu-

sique, mathématiques, une langue vivante, etc...). On appelle *amnésie lacunaire* celle qui se limite à une période bien tranchée de l'existence, avec, souvent, contours précis et bien arrêtés; parfois, cependant, la limite des souvenirs se dégrade insensiblement vers le passé en une phase dite *crépusculaire* de mémoration voilée.

Nous en aurons terminé avec cette nomenclature, quand nous aurons ajouté qu'il peut y avoir des *illusions* et des *hallucinations de la mémoire* fournissant les éléments d'une véritable *fabulation*, qui se traduit par des *récits imaginaires* ou des allusions à des faits mal repérés dans le temps ou l'espace, *L'ecmnésie* est un recul dans le passé, le sujet revivant une phase ancienne de son existence.

II. — Les variétés d'amnésies traumatiques. —

Etudions maintenant ces amnésies dans les traumatismes crâniens. Nous nous en tiendrons, bien entendu, au seul aspect clinique de la question et donnerons simplement leurs formules les plus habituellement rencontrées.

Dans les commotions légères où elle est fréquente, l'amnésie apparaît, au premier plan, en raison de la pauvreté du tableau symptomatique. Mais, pour si bien accentuée qu'elle soit, pour si exclusive qu'elle paraisse en pareil cas, elle ne représente pas tout l'état morbide; elle se rattache toujours à une confusion mentale sous-jacente qui la commande et en explique les aspects variables.

1° Dans les cas les plus simples, c'est l'*amnésie lacunaire banale*. Le blessé a tout oublié de son accident, et de sa période comateuse, mais, dès qu'il revient à la connaissance, il se réoriente progressivement, et se

rééduque rapidement, ne gardant qu'un « trou » dans la mémoire, dont les contours correspondent exactement à la période comateuse, ou à la période de perte de connaissance.

Marix cite le cas d'un lieutenant de hussards faisant une chute de cheval; transporté à l'infirmerie sans connaissance, il reprend aussitôt ses sens, mais ne peut expliquer au major pourquoi il est arrivé à l'infirmerie. Le lendemain, après un sommeil profond, avec insensibilité complète, et pupille un peu dilatée, il demeure dans l'impossibilité de se remémorer les faits qui avaient suivi sa chute; il y avait une lacune absolue depuis sa chute jusqu'à son réveil.

Tuffier en cite un cas typique : un jeune homme de 16 ans, tombant de bicyclette, ne garde aucun souvenir de l'accident et conserve une lacune de 9 heures, à partir de l'heure de l'accident.

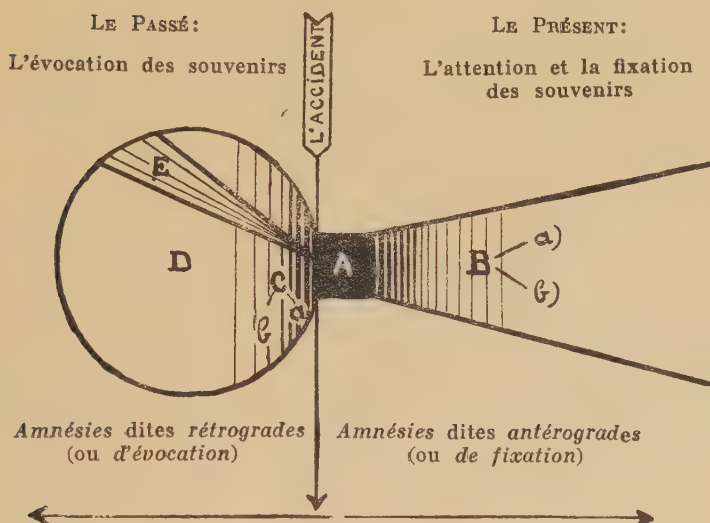
2° Il y a très souvent une *amnésie de fixation* (ou *amnésie antérograde*) assez accusée. Elle semble surtout sous la dépendance des facultés d'attention que le sujet n'a pu récupérer.

La rééducation est lente et laborieuse, ainsi que la reprise des actes normaux de la vie. Parfois, le sujet semble identifier très bien les personnes qu'il voit, les faits auxquels il assiste; mais l'impression est fugace, elle ne se grave pas dans la mémoire, et il reperd au fur et à mesure toutes les notions qu'il paraissait susceptible de pouvoir enregistrer. C'est là une forme bien classique dont les exemples sont nombreux.

Cette amnésie antérograde peut s'atténuer, se transformer, mais non sans laisser au malade l'habitude de ne pouvoir retrouver le souvenir des événements tout à faits récents : c'est la « mémoire retardante » de Janet. Elle ne peut se régresser qu'en partie.

Schéma des amnésies traumatiques

(Schéma du Dr POROT)



- A. — *Amnésie lacunaire* totale correspondant à la phase d'inconscience et de confusion mentale consécutive. Constante.
- B. — *Amnésie de fixation* ou *antérograde*. Difficulté de l'attention et impossibilité d'enregistrer ou de garder des souvenirs. Très fréquente. Peut être: a) *simple*; b) accompagnée de faux souvenirs, de *fabulation* (*amnésie fabulante* ou *syndrome de Korsakoff*).
- C. — *Amnésie rétrograde* ou *d'évocation* couvrant une période plus ou moins longue remontant vers le passé a) avec limitation nette ou b) se dégradant progressivement par une *phase dite crépusculaire*. Plus rare.
- D. — *Amnésie globale*. Le malade a tout oublié de son passé. Très rare et souvent *pithiatique* ou *simulée*.
- E. — *Amnésie élective* pour un lot de souvenirs (une langue vivante, la musique, etc.).
- A + B + C + D. — *Amnésies rétroantérogades* de degrés et de variétés divers.

La situation peut se prolonger anormalement et quand ce symptôme prédomine malgré l'apparence de correction et de lucidité perceptive, on dit du sujet qu'il présente surtout une forme dysménique de sa confusion asthénique, bien décrite par les Docteurs Porot et Hesnard. Ce type est des plus répandus.

On peut rapprocher de ce type le cas particulier de ces malades, de ces confus asthéniques à attention extrêmement mobile sautant d'un objet à l'autre, sans se fixer jamais que Chavigny a décrit sous le nom d'*aprosexie* ».

Charon et G. Halberstadt croient que le type d'amnésie le plus fréquent est celui de l'amnésie « retardée ». Les Docteurs Porot et Hesnard ont montré que ces cas correspondaient à des malades en voie de guérison chez lesquels les souvenirs relatifs à l'événement impressionnant lui-même, reviennent au bout de quelque temps avant la guérison des autres symptômes amnésiques.

3° *L'amnésie peut être rétrograde.*

Dans presque tous les cas où il y a eu une perte de connaissance plus ou moins complète, la perte des souvenirs va jusqu'au moment précis de l'accident et de ses suites immédiates dont les détails sont oubliés.

Mais dans un certain nombre de cas, l'évocation des souvenirs est impuissante pour un certain nombre de faits antérieurs à ce traumatisme. Le voile de l'amnésie couvre par exemple les faits qui ont précédé immédiatement l'accident; le sujet ne se rappelle plus certains faits, certaines circonstances susceptibles d'éclairer le mécanisme du traumatisme et l'on comprend toutes les conséquences de cette amnésie rétrograde au point de vue médico-légal.

Tuffier cite à ce propos, l'exemple d'un garçon de recettes, qui, après avoir délivré un reçu, tomba dans un escalier, et fut ramené à la banque; on constate alors qu'il est atteint d'amnésie rétrograde. Il est incapable de dire l'accident qui lui est arrivé, s'il est tombé ou s'il a été renversé; il ignore tout ce qui est arrivé avant sa chute et ne peut dire s'il a donné un reçu, et s'il a reçu une somme quelconque.

Un couvreur tombé d'un toit, raconte tout autrement qu'ils ne se sont passés, les incidents de sa chute; il se trompe et trompe inconsciemment. Il dit qu'il est tombé du toit alors qu'il est tombé d'une échelle, qu'à ce moment il montait des tuiles, alors qu'il clouait des linteaux.

Dans d'autres cas encore, la perte des souvenirs remonte assez loin dans le passé, peut s'étendre sur plusieurs jours, plusieurs mois, parfois même plusieurs années qui ont précédé l'accident. Le sujet, quand il remonte le cours de ses souvenirs, se trouve reporté à une époque très antérieure de sa vie, à laquelle il cherche péniblement à raccorder le présent. Ce type d'amnésie rétrograde est représenté soit par une perte globale et totale des souvenirs, à contours très tranchés, soit par une phase dite crépusculaire qui va se dégradant progressivement avec perception plus ou moins claire de quelques souvenirs et survivance possible de quelques ilots mnésiques.

« Un souvenir précis reste fréquemment à la limite
« de cette amnésie : une circonstance, un geste, un
« épisode de la catastrophe ou de l'accident qui a déclenché la crise; ce souvenir a d'autant plus de relief, que le sujet qui vient de le raconter, ajoute, la
« plupart du temps, cette phrase typique : « après, je
« ne me rappelle plus rien ».

« Les ilots mnésiques qui restent dans le souvenir
« des sujets, servent parfois pendant la convalescence
« de points de repère pour permettre la reconstitu-
« tion progressive de la vie passée » (Porot).

Régis, chez les blessés de guerre, dans les cas légers et moyens, a observé surtout un « crépuscule » plus ou moins sombre, une dysmnésie plutôt qu'une amnésie.

Comme nous le verrons dans une de nos observations, cette amnésie rétrograde peut s'enrichir de manifestations fabulantes et réaliser un aspect du type que nous étudierons spécialement dans ce travail.

4° Un type d'amnésie relativement rare, au moins d'une façon durable, et que l'on décrit habituellement comme transitoire, c'est *l'amnésie totale* qui fait que le sujet a tout oublié de sa vie antérieure. Les Docteurs Porot et Hesnard rapportent l'histoire d'un malade à qui l'on demandait s'il était allé à la guerre, et qui répondait : « Peut-être », et, montrant sa plaque d'identité, ajoutait « car je suis militaire, voici mon matricule ».

Régis en a observé plusieurs cas très nets chez des militaires revenant du feu; entre autres, un adjudant qui ignorait tout de lui, et quand on lui demandait par exemple s'il était marié, il regardait son annulaire et se bornait à dire : « Je dois l'être, puisque voici mon anneau ».

5° Cette amnésie totale peut se compliquer d'orinisme; c'est le type d'« *amnésie totale avec onirisme* » décrit magistralement par Régis : « c'est une amnésie totale ayant tout effacé chez le sujet, à l'exception de l'événement traumatique même qui, lui,

envahit la conscience et s'y monoïdéise de jour et de nuit, avec une intensité singulière ».

Dans leur étude détaillée sur ces amnésies, les Docteurs Porot et Hesnard montrent que le monoïdéisme est remplacé parfois, soit par des rêves hallucinatoires variables, mais presque toujours dérivés de l'événement traumatique cause du syndrome, soit par de véritables îlots mnésiques. Ces mêmes auteurs relatent une particularité curieuse de ces états, qui est l'absence parfois complète d'amnésie de fixation. « Les malades atteints de ces amnésies formidables, à partir du moment où ils sortent de leur hébétude, et dans certains cas quelques jours seulement après leur choc, retiennent les faits qui se passent autour d'eux, s'orientent, reconnaissent le médecin ou le visiteur, qu'ils ont vu la veille, savent le soir ce qu'ils ont fait la matin, etc... ».

Ces cas, malgré leur apparence de gravité extrême, guérissent habituellement de façon complète.

6° A côté de ces variétés d'amnésie, les troubles psychiques post-traumatiques peuvent réaliser toute une série de cas dans lesquels les perturbations de la mémoire se spécialisent sur tel ou tel système de souvenirs. Ce sont les *amnésies électives*.

Georges Dumas signale le fait d'un homme qui avait oublié le latin qu'il avait appris depuis l'âge de douze ans; par contre, il se souvenait de l'italien appris à quatorze ans et de quelques notions d'allemand acquises depuis l'âge de seize ans.

Jean Lépine a vu à plusieurs reprises des polyglottes qui avaient perdu une langue parfaitement usuelle, mais non maternelle.

D'autres présentent des amnésies partielles ou diffuses des fonctions du langage. *L'aphasie amnésique*, certaines *agnosies* rentrent dans ce groupe.

7° Sur le fond d'amnésie, peuvent apparaître des manifestations psychiques surajoutées dont la plus fréquente est l'onirisme hallucinatoire que nous venons de voir. Dans d'autres cas, l'absence d'un jugement vigoureux, la faiblesse de l'attention et les difficultés du pouvoir de rectification font que le sujet, livré à son automatisme mental est le jouet des illusions et des hallucinations de sa mémoire, raconte les choses irréelles, en un mot, *fabule*. Il y a une activité intellectuelle apparente, mais parfaitement discordante d'avec la réalité. C'est le type *d'amnésie fabulante* que nous allons étudier maintenant.

On trouvera dans le tableau schématique ci-joint, dû à l'obligeance de notre Maître, le Professeur Agrégé Porot, un résumé de ces types d'amnésies que nous venons de passer en revue.

CHAPITRE II

Etude historique et clinique de l'amnésie fabulante ou syndrome de Korsakoff

- I. — En séméiologie psychiâtrique
 - II. — Dans les psychoses traumatiques
-

I. — De l'amnésie fabulante en général (ou Syndrome de Korsakoff). Sa séméiologie.

La notion d'amnésie fabulante, c'est-à-dire d'association de récits imaginaires à un déficit mnésique fondier date des travaux publiés de 1887 à 1890, par Korsakoff de Moscou.

En réalité, la grande donnée clinique que l'on doit au célèbre aliéniste russe, c'est celle des troubles psychiques au cours des polynévrites, spécialement des polynévrites alcooliques; ce que l'on appelle la *maladie de Korsakoff* n'est autre que la *psychose polynévritique*, si largement étudiée depuis par Soukhanoff, Babinski, Pierret, G. Ballet, etc. Dans le syndrome psychopathique constituant de cette affection, Korsakoff a bien souligné l'importance de l'*amnésie*, et montré

son caractère parfois fabulant. Mais par un gauchissement insensible, l'usage fait que l'on tend à appliquer la dénomination de *syndrome de Korsakoff* à tout état mental fait d'amnésie foncière avec confabulation surajoutée, quel que soit l'état neurologique concomitant; certains auteurs, respectueux de l'exactitude historique, disent à la vérité « *syndrome de Korsakoff sans polynévrite*. ».

C'est bien en effet dans la *psychopolynévrite alcoolique* que cette amnésie fabulante est le plus souvent rencontrée et revêt son aspect le plus caractéristique. C'est pourquoi nous la décrirons en premier lieu, comme exemple typique du syndrome.

L'atteinte de la mémoire est profonde; le malade oublie tous les faits au fur et à mesure de leur production: il réclame son repas, alors qu'il vient de manger; il croit voir pour la première fois des personnes qu'il a vues un moment avant, recommence avec elles la même conversation, posant sans cesse les mêmes questions.

Cette amnésie a pour conséquence la production de « pseudo-réminiscences », de faux souvenirs; le malade croit retrouver dans sa mémoire des faits, des séries d'événements qu'il raconte dans tous leurs détails, avec conviction, et qui n'ont jamais existé. « Ce sont des lambeaux de rêve que l'esprit désorienté incorpore à la trame indistincte et lacunaire de ses souvenirs réels et qui s'imposent, faute de critique, à sa croyance » (Dupré).

Les facultés d'affabulation et d'inventivité sont proportionnelles aux ressources intellectuelles antérieures et à l'activité psychique du malade.

« Des souvenirs imaginaires, dit Roques de Fursac, combler les vides créés par la mémoire. Aussi, bien souvent, le trouble de la mémoire est tout à fait incons-

cient, et le malade n'hésite jamais à répondre aux questions qu'on lui pose. Il se livre à des récits imaginaires, altérant les faits dont il a conservé un souvenir plus ou moins vague, y ajoutant et y supprimant des détails, ou inventant de toutes pièces; c'est un curieux mélange des éléments oniriques et réels de l'activité mentale, le malade insérant, dans la trame de la vie psychologique réelle, le dessin fantaisiste des rêves les plus incohérents. Ces produits de l'affabulation onirique qui se combinent si curieusement avec les éléments de la réalité ambiante sont parfois assez tenaces dans leur durée pour réaliser les « idées fixes post-oniriques » bien étudiées par Régis. En général, elles sont transitoires, mobiles, faciles à modifier par des suggestions appropriées; le malade accepte la contradiction sans s'émouvoir. Elle se tient en général dans les limites du possible, mais peut être aussi parfaitement invraisemblable et même absurde ».

Et Roques de Fursac cite l'exemple suivant, tiré de l'observation d'une polynévritique absinthique:

— Depuis quand êtes-vous ici ?

— Depuis ce matin.

— Qu'avez-vous fait hier ?

— Je suis allée au marché vendre des œufs. Je suis ensuite allée voir ma sœur, et j'ai dîné avec elle.

— N'allez-vous jamais au théâtre ?

— Ah, c'est vrai, j'y suis allée en sortant hier soir... C'était très beau.

— Qu'avez-vous vu jouer ?

— Ma foi... attendez donc... C'était très beau... On a chanté... Il y avait des costumes superbes... Je ne me rappelle pas le nom de la pièce: »

En réalité, la malade, qui est à l'asile depuis 3 semaines, n'a pas quitté son lit, où la retient une parésie très prononcée des membres inférieurs.

Généralement, le syndrome de Korsakoff se présente tel que nous venons de le décrire.

Dans certains cas, les symptômes psychiques sont, malgré leur intensité, peu apparents au premier abord. On croirait les malades normaux si quelques minutes de conversation ne suffisaient presque toujours à mettre en évidence la désorientation, l'amnésie, la fabulation.

Dans d'autres cas, au contraire, l'affaiblissement intellectuel est très prononcé; c'est la forme démentielle de Ballet, qui succède souvent aux autres variétés. Parfois, elle se montre à titre primitif, et se caractérise par un état prononcé de stupeur, de gâtisme intermittent ou continu; les phénomènes somatiques sont alors très marqués, et ce tableau dénote la virulence de l'infection, la profondeur de l'intoxication, et consécutivement, la gravité de l'atteinte de la nutrition.

Si ce syndrome de Korsakoff a sa plus fréquente réalisation dans l'intoxication alcoolique, il se rencontre cependant dans tous les autres états psychopathiques d'origine toxique ou infectieuse.

Déjà, Babinski, Régis, Pierret, dans la thèse d'Haurry et Seglas montrent que les troubles psychiques ne sont pas pathognomoniques de l'existence d'une polynévrite, mais ne sont que des symptômes surajoutés, de même origine, sans existence propre, sans caractère pathognomonique à ce point de vue. Ces troubles psychiques peuvent se manifester sous la même forme, en dehors de toute névrite concomitante, dans les confusions mentales infectieuses. En cas de coexistence, les troubles névritiques et psychiques n'affectent pas

entre eux des rapports de subordination, mais sont tous les deux sous la dépendance d'une même cause et ne figurent qu'à titre symptomatique dans le tableau clinique général de l'affection .

Aussi a-t-on pu signaler des cas d'amnésie fabulante. — avec ou sans polynévrite concomitante — à l'occasion de la fièvre typhoïde, du paludisme (Porot et Hesnard) et de maints autres états confusionnels toxiques ou infectieux.

L'Ecole Bordelaise, avec Le Dantec, Régis, ont montré que *l'insolation* pouvait entraîner de longues séquelles du côté de la mémoire et, quelquefois, des formes d'amnésie fabulante.

De tout cela, il résulte que tout ce qui est susceptible d'engourdir l'activité intellectuelle supérieure et consciente, les facultés de contrôle et d'attention sur le présent comme sur les évocations mnésiques peut entraîner de la fabulation. Toutes les confusions mentales peuvent donc réaliser ce syndrome psychopathique spécial.

Mais, ce n'est pas tout; à côté des désordres fonctionnels transitoires, des états organopathiques progressifs peuvent entraîner l'apparition de ce syndrome. Certaines démences séniles revêtent volontiers ce type de dysménie fabulante. C'est le cas en particulier de cette forme si spéciale de démence sénile qu'on appelle la « *presbyophrénie* ».

« L'amnésie, la fabulation, associées à une intégralité relative de l'attention et des fonctions verbales constituent la base de la « presbyophrénie chronique ». L'état mental est ici très analogue à celui des psychoses polynévritiques : les malades, corrects dans leur tenue, leur attitude et leur langage, font, au premier abord, l'impression d'individus nor-

« maux ; l'examen psychique montre, cependant, qu'ils
« sont complètement désorientés, amnésiques, et que
« leurs discours ne sont que fabulation » (Roques de
Fursac — Manuel de Psychiâtrie, page 461).

On voit donc, en somme, que *tout ce qui adultère le cerveau dans son fonctionnement psychique — qu'il s'agisse d'une imprégnation toxique ou toxi-infectieuse, d'une perturbation physico-chimique comme dans l'insolation, d'une destruction lente par désintégration ou sclérose comme dans le cerveau sénile — peut aboutir à des troubles déficitaires de mémoire avec illusions et hallucinations de cette faculté, bref à un syndrome d'amnésie fabulante, ou, comme on le dit quelquefois, à un syndrome de Korsakoff.*

Il est donc tout à fait logique de concevoir que la commotion cérébrale qui, selon sa gravité, va de la simple confusion mentale, transitoire, fonctionnelle et réparable, à des séquelles organiques définitives, puisse se présenter parfois avec le masque de l'amnésie fabulante.

C'est bien en effet, ce qui se produit, comme nous allons le voir, encore que cette éventualité n'ait pas semblé retenir beaucoup l'attention des psychiatres jusqu'à ce jour.

II. — L'amnésie fabulante dans les traumatismes crâniens. — Ce type d'amnésie fabulante que nous venons de décrire et qu'on rencontre dans tous les états déficitaires cérébraux, qu'ils soient fonctionnels et passagers (intoxications, infections), ou durables et organiques (démence sénile) devait se rencontrer dans les états déficitaires consécutifs aux traumatismes crâniens.

En fait, il ne semble pas que les auteurs jusqu'à ces derniers temps y aient prêté grande attention.

Dans les Manuels et Traités de langue française antérieurs à la guerre, on n'en fait guère mention.

— Nous devons cependant signaler que le Professeur Bechterew y fait allusion dans son chapitre des « Troubles psychiques dans les maladies nerveuses organiques » (Traité international de psychologie pathologique de A. Marie, tome II, page 126) :

« A l'interrogatoire, on s'aperçoit qu'il ne reconnaît
« pas les personnes présentes ou confond les unes avec
« les autres ; qu'il ne peut nommer ni les mois, ni l'année, ni la date, quelquefois pas même le lieu où il est,
« On trouve aussi dans ses réponses, le signe de Ganser qui consiste, comme on sait, à parler à côté (Vorbeireden. »

« A noter encore que les malades de ce genre ré-
« pètent parfois des récits qu'ils ont déjà faits, avec
« de notables variantes. Nous avons fréquemment
« constaté chez eux de vraies confabulations. *Le tableau général rappelle beaucoup la maladie de Korsakoff.* »

Il cite, à l'appui, l'opinion de deux auteurs étrangers, les Docteurs Kellerlah et Meyer, et il ajoute en renvoi, qu'il est généralement reconnu aujourd'hui que « la
« maladie de Korsakoff se rencontre en des cas bien variés, à la suite de tumeurs cérébrales, de traumatisme, de paralysie progressive, de psychose sénile, d'artério-sclérose, de maladies infectieuses, etc... »

— Kraepelin, dans son « Introduction à la psychiatrie clinique » (2^e édition, traduction de Devaux et Merklen), consacrant une leçon à la folie consécutive aux traumatismes crâniens (26^e leçon, page 327) dit ceci :

« Quant aux troubles psychiques immédiatement
« consécutifs à la perte de connaissance et dûs à la

« chute, ils sont caractérisés par une difficulté de la
« compréhension, par des lacunes dans la mémoire,
« même en ce qui concerne l'accident, par des modifi-
« cations très accusées de l'attention, et enfin, *par la*
« *substitution aux souvenirs réels effectivement ab-*
« *sents, d'autres souvenirs pleinement erronés.* »

— Les autres ouvrages de langue française, antérieurs à 1914, que nous avons pu consulter, sont muets sur cette particularité possible de l'amnésie traumatique.

C'est surtout dans les travaux neuropsychiâtriques parus pendant la guerre et après elle, que cette notion des amnésies fabulantes post-traumatiques commence à se faire jour. Encore, est-elle loin d'être unanimement relevée.

— Léri, dans son ouvrage « Commotions et Emotions de guerre », au chapitre des troubles mentaux, ne parle pas de troubles de la mémoire de cette forme.

— J. Lépine (1917), dans ses « Troubles mentaux de guerre », (page 24) montre que dans les confusions amnésiques il y a, en plus des fugues, « les faux souvenirs qui donnent le change pour des vrais. En l'espèce, cela s'appelle la *fabulation*. Des hommes viennent raconter des faits d'armes auxquels ils ont assisté, et que l'enquête démontre imaginaires, ou dénoncer, avec un luxe impressionnant de détails, les intelligences avec l'ennemi dont ils ont surpris la trace... Cette fabulation tient à l'incertitude et au vague des souvenirs réels, et aussi à des erreurs de mémoire, telles que l'illusion du déjà vu, ou déjà éprouvé. »

— G. Dumas, qui a si bien décrit dans son excellent ouvrage « Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre » la confusion mentale des commotionnés et

des émotionnés, cite une série d'observations intéressantes de troubles amnésiques sous toutes leurs formes (élective, globale, etc...). Dans toutes ces observations, nous n'avons pas trouvé de cas se rapportant au type d'amnésie fabulante que nous décrivons ici.

— H. Duret, dans son important ouvrage sur les « Traumatismes cranio-cérébraux » (Tome II, 2^e partie, p. 853), ne fait que signaler en passant, une observation d'un auteur étranger : « Meyer de Koenigsberg a relaté un cas de *psychose aiguë de Korsakoff*, chez un homme de 32 ans, après une chute de 4 à 5 mètres, avec perte de connaissance de plusieurs heures et otorrhagie droite. Immédiatement après la période du coma, il y eut excitation, désorientation, troubles de la mémoire pour les faits récents, *souvenirs erronés, tendance à la confabulation*. Amélioration, après plusieurs mois. ».

Il attribue aux lésions des lobes frontaux cette prédominance des troubles de la mémoire, conception qui, à notre avis, paraît trop exclusive, les déficits amnésiques avec ou sans fabulation pouvant se rencontrer dans les processus commotionnels diffus.

— C'est surtout dans le petit ouvrage de A. Porot et A. Hesnard (Psychiatrie de guerre, 1919), que ces formes dysmnésiques avec fabulation sont mentionnées et étudiées pour la première fois, avec beaucoup de détails et des observations à l'appui :

« Les formes dysméniques, disent-ils, succèdent principalement à ces *shocks* physiques ou moraux.. Le malade ayant recouvré une partie de sa compréhension des choses réelles, mais resté amnésique, confond les événements de rêve, ses idées délirantes d'origine onirique et les événements de la réalité, qu'il met sur le même plan de cons-

« cience, et raconte, entremêlés avec des faits exacts,
« des faits imaginaires, débités avec insouciance au
« fur et à mesure de l'interrogatoire. A ces faits vécus
« en rêve, s'entremêlent aussi des idées suggérées par
« la question et qui, conçues par l'automatisme sub-
« conscient, apparaissent au sujet comme l'expres-
« sion de raisonnements logiques et de vérités objec-
« tives. Ce sont les *formes fabulantes* à rapprocher
« des formes dysmnésiques que nous étudierons plus
« loin. »

Puis, plus loin, page 106 :

« Nous insisterons seulement sur une forme spé-
« ciale de cette dysmnésie, dans les psychoses de
« guerre qui se rapproche de la psychose des poly-
« névrites.

« Cette forme se caractérise par la combinaison
« d'une amnésie accentuée du type confusionnel, avec
« la tendance à la *fabulation*, c'est-à-dire aux récits
« inexacts, caractérisés par de faux souvenirs d'évé-
« nements imaginaires, que le malade confond avec
« des faits réels. Le malade, non seulement oublie, au
« fur et à mesure, ce qu'on vient de lui dire, ou ce
« qu'il vient de faire, mais encore il croit reconnaître
« des personnes ou des lieux qu'il n'a jamais vus, et,
« alors qu'il n'est pas encore sorti de l'ambulance ou
« de l'hôpital, il raconte avoir assisté et pris part tout
« récemment à des quantités d'événements compli-
« qués (promenades dans son pays natal avec sa
« famille, incidents guerriers survenus sur la ligne
« de feu, accusations fausses contre un camarade de
« salle, etc...) »

On trouvera plus loin, les deux exemples cités par
ces auteurs dans leur ouvrage (Observations II et III).

Ils ajoutent cette phrase très caractéristique et soulignant l'importance d'une atteinte lésionnelle :

« La commotion morale pure ne suffit pas à réaliser une telle symptomatologie, *qui indique un état cérébral organique.* »

— Dans le chapitre consacré par Mallet à la psychiatrie de guerre dans le traité de « Pathologie médicale et thérapeutique appliquée (Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix) volume VII, il n'est pas fait mention de ces amnésies particulières.

— Par contre, Logre et Bouttier ont bien décrit le type d'amnésie continue avec fabulation. Voici ce qu'ils en disent :

« Plus tard encore, ou d'emblée dans les formes moins aiguës, l'affaiblissement psychique, souvent prolongé, aboutit à la constitution d'un tableau morbide, qu'on peut dénommer : *syndrome de Korsakoff sans polynévrite*, où on retrouve, en effet, à défaut des éléments neurologiques, tous les éléments psychiques du syndrome de Korsakoff : amnésie de fixation, désorientation, fausses reconnaissances et fabulation. La parésie mentale, que traduit surtout l'amnésie des faits récents, se complique ici de fabulation, c'est-à-dire, de récits imaginaires, puisés de préférence à la source des souvenirs anciens, les plus habituels, les plus automatiques. Tel blessé, inconscient de sa situation actuelle et de son déficit mental oublie tout du présent, et, bien que soigné dans un centre chirurgical de l'avant, se croit encore dans son pays, à son travail, dans sa famille et son milieu professionnel ; il vit d'une vie ectopique. et anachronique ; et, sans avoir quitté l'hôpital, il raconte qu'il a fait ce matin la moisson, qu'il a déjeuné chez des amis, qu'il vient d'assister à un

« accident de voiture, etc...; il reconnaît dans l'infir-
« mière la fille de son patron, et pour expliquer son
« uniforme blanc il admet que c'est sans doute le jour
« de la première communion, etc... Ainsi, l'oubli con-
« tinu et inconscient de la vie présente a suscité le
« syndrome si fréquent de l'*amnésie fabulante*, ou
« l'insuffisance de la mémoire joue, à l'égard de l'ima-
« gination, le même rôle prédisposant que l'ombre à
« l'égard de l'hallucination onirique ou l'occlusion des
« paupières pour les images du rêve. »

Et ils ajoutent, au point de vue de leur signification anatomique, que « les syndromes psychiques de Korsakoff sont en rapport avec l'évolution trainante des « lésions diffuses et la tendance à l'affaiblissement « intellectuel, chronique ou prolongé. »

— Cette connaissance de l'*amnésie fabulante* post-traumatique que nous devons à la guerre, ne s'est pas affirmée cependant, autant qu'on devait s'y attendre, dans les classiques d'après-guerre. Les petits ouvrages de Dide et Guiraud (*Psychiatrie des médecins praticiens*), de Sollier et Courbon (*Pratique sémiologique des maladies mentales*), n'en font pas mention.

— Rogues de Fursac qui, dans la 5^e édition de son « *Manuel de Psychiatrie* » paru pendant la guerre (1917), relatait déjà l'observation que l'on trouvera plus loin (Observation IV) la reproduit dans sa 6^e édition (1923), et en fait une variété, la *forme paramnésique* de la psychose traumatique.

— Enfin, dans son ouvrage récent et si intéressant. « *Les Syndromes mentaux* », notre Maître, le Docteur Porot, souligne bien ce type d'*amnésie fabulante*, équivalent au syndrome de Korsakoff; « le sujet, dit-il,

« incorpore à ses récits de faux souvenirs d'événements imaginaires confondus avec les faits réels; il se livre, dans ce désordre amnésique, à des mélanges absurdes, à de fausses reconnaissances de lieux et de personnes. »

Et il cite, à l'appui, l'observation que nous reproduisons plus loin.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Porot
Déjà parue, résumée, in « Les Syndromes mentaux »*

Un jeune comptable de 37 ans, est victime le 5 novembre 1926, au cours d'une équipée nocturne avec des camarades, d'un grave accident collectif d'automobile. Transporté dans une clinique, il peut encore demander des nouvelles d'un camarade qui, lui, avait succombé de suite, puis perd connaissance, et tombe dans le coma. Une ponction lombaire, aussitôt pratiquée, montre un liquide sanguinolent. Le blessé présente une paralysie du membre inférieur droit, qui disparaît au troisième jour.

Le malade se réveille le cinquième jour, et commence à présenter un état de confusion avec onirisme professionnel (il parle de ses comptes, de ses camarades, de son atelier) et de subagitation, au cours de laquelle il veut, à deux reprises, jeter sa femme par la fenêtre.

Au quinzième jour, il est totalement éveillé, mais complètement désorienté.

On le transporte le 23 novembre à Alger, à la clinique privée du D^r Porot, après 12 heures de train. Voici ce qu'on note à l'arrivée.

L'état confusionnel est encore très marqué, avec troubles amnésiques prédominants.

C'est une amnésie *lacunaire* totale de son accident. Il affirme qu'il n'a jamais eu d'accident:

— Un accident d'auto? Non, absolument pas.

Et, quand on lui en fait lire le récit dans le journal, il s'écrie: « Mais ils sont fous... »

Un autre jour, il fait bien allusion à un accident d'auto qui serait survenu à des amis, mais il ne se souvenait pas qu'il les accompagnait:

— J'ai eu un camarade qui a eu un accident d'auto, M. X...; ils étaient sept; l'accident s'est produit parce qu'ils voulaient faire les fous.

— Vous n'étiez pas dans l'auto?

— Non, j'étais en France, ou ici, à Bône(il est à Alger).

Il est en effet assez désorienté dans l'espace et le temps.

— Où êtes-vous ici?

— Ici, je suis à Philippeville, au domaine B...

Il ne sait pas depuis combien de temps il est à la clinique.

— Depuis combien de temps êtes-vous là?

— Ma feuille est là; il n'y a qu'à la regarder.

— Quand êtes-vous arrivé ici?

— Le 11 (en réalité, c'est le 23).

— En quelle saison sommes nous?

— Nous sommes en plein été (nous sommes en décembre).

La lacune amnésique s'étend aux souvenirs antérieurs à l'accident. Cette *amnésie rétrograde* est considérable; elle recouvre toutes les années écoulées depuis son service militaire lequel remonte à 4 ans. Il fait de l'« ecmnésie ».

— Où êtes-vous ici?

— Dans une clinique à Bône. J'y suis, sans y être, parce que c'est un port d'embarquement. Je m'embarque à Philippeville; je suis chasseur alpin.

A cette amnésie rétrograde se joint une *amnésie de fixation* totale.

Il ne se souvient pas des visites reçues. Il a complètement oublié son voyage.

— Vous rappelez-vous avoir pris le train, il y a quelques jours?

— Oh non, il y a longtemps que je n'ai pas pris le train.

Quand on lui demande ce qu'il a mangé à midi, il réfléchit et ne trouve pas.

Les épreuves amnésiques montrent un oubli rapide; il peut à peine répéter la dernière phrase de ce qu'il vient de lire.

On lui fait lire un entrefilet de journal où il est question de Marseille et de M. Flaissières.

— Que lisiez-vous maintenant?

— Le voyage à Paris de M. Millerand.

Il passe des heures entières les yeux sur un livre, et si on lui demande ce dont il y est question, il répond avec aplomb les choses les plus extravagantes, hors du sujet.

Ce malade présente en effet une *fabulation* des plus nettes. Il ajuste la réalité avec ses fabulations ecmnésiques et quand on le met en présence de sa situation de malade, il l'interprète comme un congé de maladie.

— N'êtes-vous pas libéré du service?

— J'attends la fin de la guerre.

— En quelle année sommes-nous?

— En 1927,

— Comment le savez-vous?

— Je l'ai vu sur le calendrier. Elle doit finir cette année.

— Alors vous êtes toujours soldat, bien que vous vous soyez engagé en 1927?

— Oui, je suis en permission; c'est la troisième depuis que je suis démobilisé.

Il mêle à cette évocation du passé des fabulations extraordinaires.

— Ça va faire trois jours que je ne sors pas (Il est au lit depuis treize jours). La dernière fois que je suis sorti, c'est avec le capitaine des chasseurs.

— Où êtes-vous ici?

— Ici, je suis à Constantine.

— Mais à quel endroit de Constantine?

— On appelle ça l'ancienne intendance; c'est le Palais du général, l'ancien dey ou bey, je ne sais pas. Ici, il y a de tout, du génie, des chasseurs, de la cavalerie. Je vois couramment des officiers passer.

— Avez-vous bien dormi?

— Oh, ce n'est pas le mot. On a été dérangé cinq ou six fois; des personnes qui demandaient des renseignements.

— Qu'allez-vous faire aujourd'hui?

— Je dois partir maintenant, par le train de Nice. Alors, je vais me préparer.

Il raconte ainsi qu'il est sorti en ville avec ses camarades, qu'il a fait, il y a trois jours, une partie de football à Philippeville avec des Anglais.

Il est allé voir un match de boxe, et donne avec assurance le nom des champions et fait le récit des rencontres.

Un jour, il donne le récit d'une partie de pêche miraculeuse, qu'il aurait faite la veille:

— Qu'avez-vous fait hier?

— J'ai bouquiné.

— N'êtes-vous pas allé à la pêche?

— Ah oui; avant-hier.

— Avez-vous fait une bonne pêche?

— Trois ou quatre petites carpes, quelques tanches. Justement je calcule une partie de pêche avec un camarade. Nous partirons en auto.

Ce malade présente aussi de fausses réminiscences.

— Qui suis-je? un médecin civil? un major?

— Un major. Je vous avais vu très souvent au théâtre où je vous avais remarqué.

— Pendant les deux mois qui suivent son accident, plein d'euphorie, il bavarde constamment, répond et avec beaucoup d'assurance, à toutes les questions posées, ne s'embarrassant pas au besoin d'une contradiction. Il est très satisfait de lui-même.

— Avez-vous fait du sport?

— Je suis le seul athlète complet de l'Algérie.

— Que faites-vous pendant la journée?

— Oh rien... Je ne suis pas embarrassé; je suis très connu ici.

Il présente de temps en temps des phénomènes d'excitation hypomaniaque; pas très violent, néanmoins un peu impulsif, il frappe à la porte, brise les carreaux, déchire une couverture.

Puis il présente quelques accès de tristesse avec larmes, durant plusieurs heures; il a des idées mélancoliques:

— « Demain ils seront forcés de m'exécuter à la première heure: ce sera à Paris. On tape à la porte; on vous réveille; levez-vous; préparez-vous à mourir. On vous met dans une voiture sans vous faire faire pipi. Ça va être vite fait; c'est la foudre. On vous assoie dans un fauteuil conique; vous êtes sur une chaise. On presse sur un bouton; Jeannot est mort. »

On note alors une détente progressive; plus calme, le malade cherche un peu à se réorienter. Toutefois, il reste confus et désorienté; la fabulation est moins active, mais persistante.

Il prend conscience de son état morbide dans le troisième mois, et fait effort pour rassembler ses souvenirs.

— « Je sens qu'il y a une grosse lacune dans ma mémoire; il y a des choses que je ne m'explique pas; ça manque de précision. Il n'y a rien de grave, ça ne changera rien du tout au courant de ma vie. J'observe beaucoup; s'il y avait eu quelque chose de grave, je m'en souviendrais. »

— Vous vous rendez compte de votre fatigue?

— Oui, je voudrais avoir six mois pour étudier et repasser ce que j'ai appris. C'est un peu vague; il n'y a pas assez de précision, d'une façon générale; c'est ce qui me choque. Je voudrais tout revoir de plus près, revoir ma vie. Tout reviendra quand je serai dans mon régiment. Je suis très pensif; je cherche toujours à me remémorer ce que j'ai fait.

« Il y a une très grosse lacune, je ne sais qui l'a provoquée. Pourtant j'aime approfondir les choses, je me sens le besoin d'étudier. Je ne puis avoir d'affection personnelle un peu précise. Il ne serait pénible de faire une page d'écriture sans ratures; je monte ma phrase; elle est écrite avant de l'être en quelque sorte.

« J'ai toujours cette grosse lacune: aucun souvenir précis. Ce n'est pas ici que je peux trouver avec le tintamarre d'enfants; mais j'approfondirais tout. Je voudrais avoir un livre de ma vie pour fixer ce que j'ai vécu. Il n'y a que depuis quelque temps que ça m'est si pressant. Cela reviendra en bloc. J'ai des souvenirs trop lointains pour être si proches. Je disais encore hier: « J'ai de trop grosses lacunes dans la mémoire. »

Recevant un jour la visite de sa femme, il est très ému. L'affectivité est conservée: effusions très tendres. Il cherche à retrouver ses souvenirs: fondant en larmes et se prenant la tête, il s'écrie: « Il s'est passé quelque chose d'extraordinaire, de formidable, inoui, que je ne m'explique pas. »

L'amnésie qui était totale et absolue pendant les deux premiers mois, s'atténue le troisième; le malade enregistre quelques souvenirs.

Quatre mois, après son accident, il écrit:

« Cher Docteur. Je vous écris de C... où je suis actuellement en convalescence pour tâcher de me remettre définitivement du rude choc qui m'a valu les soins éclairés de votre clinique. Je suis en très bonne voie de guérison, mais je sens qu'il me sera long de réorganiser et de remettre en parfait état ma pauvre constitution bien ébranlée. Mes souvenirs manquent encore de précision, et je crains de ne pouvoir récupérer un jour, comme je le voudrais, toutes ces choses qui se sont passées et dont j'ai été, hélas, la victime. Je dois désormais vivre pour retrouver mes souvenirs imprécis encore car, possédant un certain degré d'instruction, je souffre atrocement lorsque j'évoque ces coins noirs de ma mémoire faits de souvenirs si imprécis, si sombres qui me torturent, et me laissent séjourner dans une imprécision déconcertante, bien pénible pour ma pauvre mémoire ébréchée. Un miracle voudra-t-il s'abaisser jusqu'à moi, daigner me rendre enfin toute ma lucidité d'antan? Parfois, voyez-vous, j'en arrive à l'invoquer et à l'espérer. Devenirais-je fataliste? Oh, qu'importe, si je dois récupérer enfin mes idées, mon passé, ma vie d'autrefois. En vous priant de me rappeler aux bons souvenirs des personnes qui

m'ont assisté de leurs connaissances, daignez croire à toute ma profonde reconnaissance, pour vos connaissances si érudites et bienfaitrices à l'humanité entière.

« Votre revenant. »

L'amélioration se fait régulière et progressive depuis ce moment.

Nous avons pu avoir tout récemment des nouvelles (15 mai 1928). M. D... a pu reprendre un emploi dans une banque de l'intérieur et récupérer toutes ses facultés intellectuelles, sans faire jamais aucune erreur de comptabilité.

Peut-être aurait-il gardé quelques troubles du caractère et de l'affectivité, au dire de ses parents.

Il reste une lacune amnésique de plusieurs semaines pour les suites de l'accident; mais l'amnésie rétrograde a disparu et M. D... a pu relater tous les faits antérieurs à l'accident jusqu'à la minute même où il s'est produit.

OBSERVATION II

(POROT et HESNARD. *Psychiatrie de guerre*)

Le malade S... (soldat serbe), sorti d'une phase silencieuse de sa confusion mentale commotionnelle, nous faisait chaque matin des récits imaginaires des plus variés d'événements qui se passaient, disait-il, tout récemment.

Nous accueillant avec un visage souriant, et une mimique un peu puérile, et sortant de cet état de méditation absorbée ou de rêverie dans lequel il était avant que nous lui frappions sur l'épaule, il nous disait : « J'ai « été à Nich, à l'hôpital de Tchélé Koula, où une dame « russe de la Croix Rouge m'a très bien soigné, surtout « les écorchures des doigts attrapées à la suite d'une « chute de ma voiture. Je suis sorti de l'hôpital avec le « sergent-major N... N... dont je suis le planton, pour aller « à la ville faire des achats. Mais, dans la ville, je me « suis égaré, et je ne sais pas où il est maintenant. Je « vais partir demain, mais je dois au préalable calculer « et trouver la longueur de la route entre Corfou et Salo-

« nique. Je ne compterai pas les nuits et je vais corriger
« le calcul pour avoir finalement le chiffre 17. Je ferai
« aussi une comptabilité de notre mairie et là aussi je
« tâcherai de reviser tous les comptes pour avoir le chif-
« fre 17. Et, quand le chef de comptabilité et le Préfet
« seront venus, je n'aurai rien à leur dire, et ils ne pour-
« ront faire aucune objection puisque, par la réduction
« au chiffre 17, tout sera clair. » (Ne peut donner aucune
« explication de ce choix du chiffre 17).

« J'ai vu hier mon gros bœuf, à qui je vais faire faire
« le labour pour cette saison. Il est en bonne forme, mais
« ma charrue est cassée, et il faut que j'en répare le
« moyeu, etc... »

OBSERVATION III

(POROT et HESNARD. *Psychiatrie de guerre*)

« Qu'avez-vous fait hier? disions-nous à un de nos con-
« fus, serbe commotionné. — R. J'ai été me promener
« dans le bois de X... (son pays natal), je suis revenu
« par les pruniers, et j'ai glissé tout le long d'une mon-
« tagne sans me faire de mal. J'ai vu mon père, qui m'a
« donné ceci (il montre des feuilles sèches qu'il a dans
« la main). J'ai vu aussi beaucoup de monde, il y avait
« des femmes en costume de fête. — D. Où étiez-vous
« cette nuit? — R. J'étais à Salonique, j'ai été emmené
« dans une voiture de la Croix Rouge traînée par des
« bœufs, etc... »

« Un jour, nous le trouvons s'amusant sur son lit avec
« des bouts d'allumettes. — D. « Que faites-vous là? —
« R. C'est une charrue dont je fais le plan. Je l'ai copiée
« sur la mienne, avec laquelle j'ai labouré tout à l'heure
« mon champ. »

Il est absorbé toute la journée dans ses pensées. Quand on lui adresse la parole en passant auprès de lui, il sur-
saute et paraît un moment égaré avant de répondre, générale-
ment par une fabulation.

Il paraît presque constamment en proie à une rêverie
onirique dans les scènes de laquelle il doit trouver tous

les matériaux de ses récits imaginaires (fabulation onirique).

Ce malade s'est amélioré très lentement. Il n'était pas encore guéri quand nous avons écrit ces lignes.

OBSERVATION IV

ROGUES DE FURSAC. *Manuel de Psychiâtrie* (6^e édition).

D... Adrien, maçon, 35 ans, sans antécédents pathologiques héréditaires ni personnels, tombe d'un échafaudage de cinq mètres environ de hauteur, sur un sol terreux mais sec et résistant. Il est relevé sans connaissance et transporté chez lui.

Extérieurement on constate seulement au sommet du crâne une petite plaie contuse, sans lésion osseuse qui guérit en quelques jours.

Après 18 heures de coma le blessé reprend peu à peu sa connaissance, mais pendant huit jours, il reste dans un état confusionnel très prononcé: hébétude, obtusion, désorientation complète dans l'espace et le temps, onirisme surtout nocturne.

Le sujet réagit aux excitations physiques (piqûre pincement), mais, lentement et d'une façon peu énergique. Il ne répond aux questions qu'on lui pose que quand elles sont très simples. Il est orienté dans l'espace, mais encore complètement désorienté dans le temps. L'attention est difficile à éveiller et impossible à fixer. L'évocation des souvenirs antérieurs à l'accident est paresseuse et imprécise. L'amnésie est complète pour le traumatisme et ses suites. Les impressions actuelles ne se fixent que pour un temps très court: D... a oublié au bout de cinq minutes la visite de son médecin. Il porte souvent la main à la sa tête, sans rien dire, et, quand on lui demande s'il a mal, il répond: « Oui, un peu ». Le jour on note quelques illusions, le malade prenant les personnes les unes pour les autres. Le sommeil est rare et la plus grande partie de la nuit se passe dans un état d'onirisme, surtout professionnel: le blessé pense qu'il est l'heure d'aller à son travail, demande ses habits, se lève et cherche ses outils, discute avec des personnes imaginaires, se plaint que des

ordages sont mal mis, que le mortier est trop épais, etc.

Après le premier septenaire, l'attention et la mémoire s'améliorent un peu. Le malade enregistre quelques souvenirs; cependant, l'amnésie de fixation, si elle n'est plus complète, comme dans la période précédente, est encore très marquée. La désorientation dans le temps persiste. Il s'y joint une fabulation mobile et des plus active. Un mois après l'accident, alors que le blessé n'a pas quitté son lit, il raconte qu'il était, huit jours auparavant, à la foire de X..., où son beau-frère, marchand de bestiaux, était allé vendre des bœufs. Il donne, s'il y est amené par les questions qu'on lui pose, des détails précis, mais variables d'un moment à l'autre et rapidement contradictoires. Quand on lui montre les contradictions, il reconnaît sans difficulté qu'il a pu se tromper, que la mémoire lui fait défaut. Cette conscience de l'état pathologique n'est que transitoire et faible. Si on dit à D... qu'il est malade et qu'il doit se soigner, il fait preuve d'une irritabilité qu'on ne lui connaissait pas antérieurement, entre dans des colères violentes, repousse les médicaments qu'on lui offre, et déclare qu'il en a assez, qu'il va s'en aller.

Il a une vague idée qu'il lui est arrivé un accident, mais quoi qu'on en ait parlé bien des fois devant lui, il ne peut en préciser les circonstances. Jusqu'à la sixième semaine il sait seulement qu'il a dû tomber, d'où, de quelle hauteur, comment? Il l'ignore: peut-être d'un toit, d'une échelle, d'un échafaudage, « ces choses-là arrivent souvent dans son métier ». Parfois, il précise sous forme de fabulation. C'est ainsi que cinq semaines environ après l'accident, il raconte qu'il a fait une chute de voiture, « lorsqu'il allait avec le patron, pour voir du travail à faire. » Un autre jour, il raconte que c'est une grosse brique qui lui est tombée sur la tête (de fait, il a reçu deux ans auparavant une brique sur la tête, mais d'une très faible hauteur, sans qu'il en soit résulté aucun trouble appréciable).

Il demande de temps en temps si on a prévenu l'assurance, mais ne s'occupe pas effectivement de la défense de ses droits et ne paraît pas s'intéresser à la marche des pourparlers engagés à ce sujet.

Au point de vue physique, on constate seulement, outre la céphalalgie, ci-dessus notée, un état d'affaiblissement musculaire généralisé et des vertiges. Pas de signe d'une lésion cérébrale localisée. Pas de manifestations convulsives.

L'état du malade reste à peu près stationnaire pendant trois mois. Puis, progressivement, l'attention s'améliore, la mémoire revient, les récits imaginaires se font plus rares et sont rectifiés spontanément. Enfin, au bout de six mois, le sujet peut être considéré comme convalescent, ne conservant que quelques vertiges, une certaine fatigabilité psychique et physique, une amnésie lacunaire commençant d'une façon bien nette quelques instants avant l'accident et se terminant d'une façon insensible au cours du deuxième mois, pour faire place à des souvenirs d'abord fragmentaires et vagues, progressivement plus complets et plus précis.

Cette observation, ajoute Rogues de Fursac, est un type de psychose traumatique. On y trouve réunies les caractéristiques étiologiques et symptomatologiques des états psychopathiques produits par les commotions cérébrales graves: traumatisme violent, rapport chronologique intime entre le traumatisme et le début des accidents, les seconds succédant directement au premier; période comateuse, période de confusion profonde avec onirisme, se continuant, par une transition insensible, en une période demi-confusionnelle, caractérisée surtout par la faiblesse de l'attention, l'amnésie de fixation et la fabulation; atténuation progressive, quoique lente, des troubles de cette dernière période, évolution vers la guérison le blessé ne conservant qu'une amnésie lacunaire définitive pour l'accident même, la période comateuse et une partie de la période confusionnelle, et une fatigabilité pathologique qui pourra persister pendant des années.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I. — <i>Considérations générales sur les troubles de la mémoire dans les traumatismes crâniens</i>	11
I Classification des amnésies en général.....	13
II Les variétés d'amnésies traumatiques.....	15
CHAPITRE II. — <i>Etude historique et clinique de l'amnésie fabulante (ou syndrome de Korsakoff)</i>	23
I En séméiologie psychiatrique	23
II Dans les psychoses traumatiques	28
CHAPITRE III. — <i>Observations</i>	37
CONCLUSIONS	49
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	51

Vu: *Le Doyen*,
P. ARDIN-DELTEIL.

Vu: *Le Président de Thèse*,
P. ARDIN-DELTEIL.

Vu et permis d'imprimer.

Alger, le 2 juin 1928.

Le Recteur,
TAILLIART.

CONCLUSIONS

I. Les troubles de la mémoire, si constants et si variés à la suite des traumatismes crâniens, peuvent revêtir des aspects très divers: amnésie lacunaire simple, amnésie retro ou antérograde, amnésie globale, amnésie élective.

II. Les troubles amnésiques ne sont, en pareil cas, qu'une conséquence de l'état confusionnel plus ou moins accusé qui pèse sur l'esprit du blessé: difficulté de la synthèse mentale, désorientation dans le temps et dans l'espace.

Aussi peut-on observer dans quelques cas de véritables illusions ou hallucinations de la mémoire, des réminiscences discordantes, des produits de l'imagination, bref, toute une fabulation qui réalise le type de l'*amnésie fabulante* telle qu'on l'observe dans d'autres états confusionnels, en particulier dans les intoxications où elle a été bien décrite sous le nom de *Syndrome de Korsakoff*, et dans certaines démences séniles, *type presbyophrénie*.

III. Cela prouve que l'amnésie fabulante a une valeur séméiologique plus étendue que celle qu'on lui prêtait autrefois. Si la forme la plus anciennement connue est celle qu'on trouve dans les confusions mentales prolongées de l'alcoolisme, elle peut se rencontrer chaque fois qu'il y a un état déficitaire cérébral,

qu'il soit fonctionnel et passager (confusion mentale) ou chronique et durable (affaiblissement intellectuel définitif et démences).

IV. Ce syndrome n'est pas en soi un élément de pronostic, malgré son caractère impressionnant de grand désordre psychique; il peut très bien se dissiper et ne durera que dans la mesure où le traumatisme crânien aura laissé des séquelles anatomiques définitives.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BALLET Gilbert. — Traité de pathologie mentale (Doin, éditeur).
- BALLET Gilbert et ROGUES DE FURSAC. — Les psychoses commotionnelles (*Paris Médical*, janvier 1916).
- CHARON et HALBERSTADT. — Les troubles psychiques des commotions (*Paris Médical*, 1^{er} juillet 1917).
- DUGAS Ludovic. — Pathologie de la mémoire (*Presse médicale*, 25 août 1926).
- DUMAS Georges. — Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre (Alcan, éditeur).
- DUMAS Georges et AIMÉ Henri. — Névroses et psychoses de guerre chez les austro-allemands (Alcan, édit.).
- DURET. — Tranmatismes cranio-cérébraux.
- LÉPINE Jean. — Troubles mentaux de guerre (Collection Horizon, Masson, éditeur).
- LÉRI André. — Commotion et émotions de guerre (Collection Horizon, Masson, éditeur).
- LOGRE et BOUTTIER. — La séméiologie psychique des traumatismes cérébraux récents (*Paris Médical*).
- POROT. A. — Les syndromes mentaux (Doin, éditeur, 1927. Collection des Grands Syndromes).
- POROT A. et HESNARD. — Psychiatrie de guerre (Alcan, éditeur).
- RÉGIS. — Les troubles psychiques et neuro-psychiques de guerre.

RÉGIS. — La confusion mentale. in *Traité international de Psychol. Pathol.* (Alcan, éditeur).

RÉGIS. — Précis de psychiatrie (Doin, éditeur).

RIBOT. — Les maladies de la mémoire.

ROGUES DE FURSAC. — Manuel de psychiatrie (5^e et 6^e éditions).

ROUSSY G. et LHERMITTE. — Psycho-névrose de guerre.

ROUSSY et BOISSEAU. — Les psycho-névroses de guerre et leurs séquelles d'après-guerre.

SEGLAS. — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.
